

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

38

Année 1909

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 novembre 1909, à 1 heure

Par **Pierre MAUGER**

Ancien interne des hôpitaux de Nantes
Et des asiles d'aliénés de la Loire-Inférieure
Prix Malherbe 1907

Chef de clinique ophtalmologique à la clinique libre du Dr Teillais

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

DES

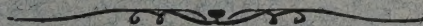
COMPLICATIONS **CARDIO-PULMONAIRES**

DE LA

LITHIASÉ BILIAIRE EN PARTICULIER CHEZ LE VIEILLARD

Président : M. CHAUFFARD, professeur.

*Juges : { MM. GILBERT BALLET, professeur.
JEANSELME et CASTAIGNE, agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909



45

38

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 novembre 1909, à 1 heure

Par **Pierre MAUGER**

Ancien interne des hôpitaux de Nantes
Et des asiles d'aliénés de la Loire-Inférieure
Prix Malherbe 1907

Chef de clinique ophtalmologique à la clinique libre du Dr Teillais

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

DES

COMPLICATIONS **CARDIO-PULMONAIRES**

DE LA

LITHIASÉ BILIAIRE EN PARTICULIER CHEZ LE VIEILLARD

Président : M. CHAUFFARD, professeur.

*Juges : { MM. GILBERT BALLET, professeur.
JEANSELME et CASTAIGNE, agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANCOUZY	
Professeurs		MM.	
Anatomie		NICOLAS.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.	
Pathologie médicale		BRISSAUD.	
Pathologie chirurgicale		DEJERINE.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie		PIERRE MARIE.	
Opérations et appareils		PRENANT.	
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		GILBERT	
Médecine légale		CHANTEMESSE	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT.	
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD.	
		ROGER.	
		HAYEM.	
Clinique médicale		DIEULAFOY	
		DEBOVE.	
		LANDOUZY.	
		HUTINEL.	
Maladies des enfants		GILBERT BALLE	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux		PIERRE DELBET.	
Clinique chirurgicale		QUENU.	
		RECLUS.	
		SEGOND.	
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN.	
		PINARD.	
Clinique l'accouchements		BAR.	
		RIBEMONT-DES-	
		SAIGNES.	
Clinique gynécologique		POZZI.	
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.	
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.	
MM.		Agrégés en exercice.	
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE, A MON PÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MEDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOSPICES DE NANTES

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

LE DOCTEUR TEILLAIS

PROFESSEUR LIBRE D'OPHTALMOLOGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Auprès de qui nous avons durant trois années trouvé
des conseils aussi amicaux qu'éclairés.*

Témoignage de respectueux dévouement.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR AMÉDÉE MONNIER

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOSPICE GÉNÉRAL

Hommage de profonde gratitude.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommages respectueux.

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer au cours de nos études, deux malades atteints de lithiasé biliaire et qui firent à l'occasion de cette affection des crises d'asystolie. L'affection était la même et cependant elle se manifesta de façon bien différente chez l'un et chez l'autre malade.

Chez le premier, homme jeune encore, aux organes en bon état, l'asystolie survint comme complication d'un accès de colique hépatique. Le diagnostic en fut facile. Chez le deuxième malade, âgé, scléreux, l'asystolie survint au cours d'une cirrhose calculeuse et l'affection n'eut pas de caractères bien définis, resta méconnue jusqu'à l'autopsie.

Aussi en présence de ces deux cas intéressants, grâce surtout aux conseils de notre maître le D^r Amédée Monnier avec qui nous vîmes l'un des malades, nous avons eu l'idée de réunir ces deux observations, de les comparer, de montrer surtout la difficulté du diagnostic chez le vieillard où, en présence d'un état asystolique

avec gros foie douloureux et subictère, se posent ces deux questions : a-t-on affaire à un foie cardiaque ou bien a-t-on affaire à une asystolie d'origine réflexe au cours de la lithiasie biliaire ? Comme nous le verrons, les symptômes sont presque identiques, nous en donnerons les raisons et essaierons d'établir le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Le bénéfice à tirer de l'exactitude du diagnostic peut être grand. Sans parler de la satisfaction personnelle qu'a le praticien à faire le diagnostic exact, l'intérêt du malade est vivement en jeu, car si la digitale peut rendre quelque service dans une asystolie réflexe chez un lithiasique, le traitement médical de la lithiasie biliaire et surtout le traitement chirurgical rendront un plus grand service au malade en supprimant les calculs, cause du réflexe et de la cirrhose calculeuse.

Après un court exposé historique, nous passerons en revue les diverses formes que prennent les accidents cardiaques et cardio-pulmonaires dans la lithiasie biliaire et rappellerons le mécanisme de leur production. Nous décrirons ensuite, en l'appuyant d'observations de malades, la forme cardio-pulmonaire proprement dite, d'abord sous sa forme ordinaire, facile à diagnostiquer, que l'on rencontre surtout chez l'adulte, puis sous sa forme chez le vieillard ; nous verrons la difficulté du diagnostic et essaierons d'indiquer les moyens d'y arriver.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à témoigner notre reconnaissance à nos maîtres qui à l'école de médecine, et dans les hôpitaux pendant nos années

d'externat et d'internat, nous ont toujours témoigné beaucoup d'intérêt. Nous tenons à remercier particulièrement notre maître le D^r A. MONNIER de ses conseils aussi bienveillants qu'éclairés et surtout des leçons de clinique qu'il nous a données au lit des malades.

Nous prions M. le P^r Chauffard, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, d'agréer nos remerciements les plus respectueux.

HISTORIQUE

Les accidents cardio-pulmonaires au cours de la lithiase biliaire ont été signalés et étudiés depuis cinquante ans environ. C'est d'abord Mahot (1) qui rapporte dans sa thèse la première observation d'asystolie, complication survenue au cours d'une colique hépatique chez un malade de Potain. Murchison (2) signale la fréquence des palpitations dans les affections hépatiques et surtout dans la lithiase biliaire. Destureauux (3) étudie la dilatation du cœur d'origine gastro-hépatique. Enfin et surtout il faut citer les noms de Potain (4), de Barié (5), de Rendu (6) et de Sterne (7).

1. MAHOT. *Thèse de Paris*, 1869.

2. MURCHISON. Leçons cliniques sur les maladies du foie, traduites par le Dr J. Cyr, Paris, 1878.

3. DESTUREAUX. *Thèse de Paris*, 1879.

4. POTAIN. Cliniques médicales de la Charité.

5. BARIÉ. *Revue de médecine*, 1883.

6. RENDU. Influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement. *Mémoire à l'Académie de médecine*, 1883.

7. STERNE. *Thèse de Nancy*, 1896.

Tous ces auteurs chez lesquels nous avons trouvé de précieux renseignements et en particulier dans le mémoire de Barié qui a fait une étude approfondie des troubles cardio-pulmonaires dans les affections gastro-hépatiques, tous ces auteurs ont touché ou étudié ces troubles au cours des affections hépatiques en général, ou même d'une façon plus vaste, au cours des affections gastro-hépatiques. Nous nous proposons de restreindre la question et de n'étudier les accidents cardiaques qu'au cours de la lithiase biliaire et en particulier, comme nous l'avons déjà dit, chez le vieillard alors que le petit nombre ou même le manque de symptômes lithiasiques rendent le diagnostic souvent obscur, quelquefois impossible.

LES ACCIDENTS CARDIAQUES ET CARDIO-PULMONAIRES DE LA LITHIASÉ BILIAIRE

Les accidents cardio-pulmonaires de la lithiasé biliaire peuvent prendre plusieurs formes. Ce sont tantôt des accidents essentiellement cardiaques : palpitations, palpitations avec arythmie, syncope, mort ; tantôt ce sont des accidents à forme cardio-pulmonaire.

Les palpitations que Stokes (1) a le premier signalées au cours de la lithiasé biliaire, surviennent surtout pendant la colique hépatique, en même temps que la douleur. Elles s'accompagnent souvent d'angoisse, de gêne respiratoire, de lypothimie et peuvent se compliquer d'arythmie, d'intermittences des battements du cœur. Se produisant surtout chez les femmes, les nerveux, les sujets névropathiques, elles ne semblent cependant pas, comme on pourrait le croire, en rapport avec l'intensité de la colique hépatique, et nous verrons par la suite qu'il en est de même pour tous les accidents que nous allons étudier.

1. STOKES. Maladies du cœur et de l'aorte, 1864, page 502.

Cette manifestation bénigne en somme est souvent la seule qu'on observe ; mais quelquefois les accidents deviennent plus sérieux : l'état lypothimique est remplacé par la syncope avec arrêt du cœur en diastole. La mort peut alors survenir tantôt rapide, en quelques heures ; tantôt plus tardive, elle survient dans la nuit ou dans le jour qui suivent l'apparition de la colique hépatique. Les cas de mort sont relativement nombreux et toujours impressionnants en raison du pronostic bénin qu'on porte en présence d'un accès de colique hépatique, pronostic qui devra toujours être réservé chez le vieillard car c'est surtout chez lui que se produisent ces syncopes mortelles comme le prouvent les observations de Durand-Fardel (1) chez une femme de 82 ans, de Curry (2) chez une femme de 72 ans de Sterne (3) chez une femme de 76 ans et un homme de 67 ans. Ces accidents peuvent cependant survenir chez des malades jeunes. Brouardel (4) en rapporte un exemple frappant, celui d'une femme de 25 ans qui mourut subitement au cours d'une colique hépatique, que l'on crut empoisonnée et dont il dut faire l'autopsie médico-légale (obs. V).

A côté de ces formes essentiellement cardiaques que nous venons de voir, existe une autre forme des acci-

1. DURAND-FARDEL. *Traité des maladies du vieillard*, Paris, 1854.

2. CURRY. *Bibliothèque Britannique*. Article : Voies biliaires.

3. STERNE. Contribution à l'étude de la lithiase biliaire chez le vieillard. *Thèse de Nancy*, 1896.

4. P. BROUARDEL. *La mort et la mort subite*, Paris, 1895.

dents de la lithiase biliaire : la forme cardio-pulmonaire, qui présente une physionomie toute particulière, surtout chez le vieillard. Avant d'en faire une étude détaillée, voyons quel est le mécanisme des complications cardio-pulmonaires en général.

Pour la forme mixte, cardio-pulmonaire, l'opinion admise est qu'il s'agit d'un réflexe qui, parti de la muqueuse des voies biliaires irritée par des calculs, va par l'intermédiaire du pneumogastrique, comme le démontrent les expériences d'Arloing et Morel (1), va produire une vaso-constriction des capillaires pulmonaires et par conséquent provoque une élévation de la tension sanguine dans la petite circulation. Devant cet obstacle le cœur droit se dilate, et cela d'autant plus vite qu'il est plus sénile. Si le réflexe se prolonge, la dilatation cardiaque aboutit à l'insuffisance tricuspiddienne, à l'asystolie.

Lorsque les troubles sont essentiellement cardiaques sous forme de palpitations, de syncope, l'action réflexe est encore indéniable mais gagnant directement le muscle cardiaque sans l'intermédiaire du poumon, le réflexe semble emprunter la voie du grand sympathique (2).

1. MOREL. Recherches expérimentales sur les lésions du cœur droit consécutives à certaines maladies douloureuses de l'appareil hépatique et gastro-intestinal. Paris, 1880.

2. BARIÉ. *Loc. cit.*

ACCIDENTS CARDIO-PULMONAIRES DE LA LITHIASÉ BILIAIRE. FORME CARDIO-PULMONAIRE

Cette variété d'accidents est une variété assez rare au cours de la lithiasé biliaire puisque sur quarante-sept cas de troubles cardio-pulmonaires au cours d'affections gastro-hépatiques, Barié n'en a trouvé que trois imputables à la lithiasé.

Elle survient soit au cours d'un accès de colique hépatique, soit au cours d'une cirrhose calculeuse et présente dans les deux cas une physionomie différente : Au cours de la colique hépatique le diagnostic est facile, et l'affection survient surtout chez l'adulte ; au cours de la cirrhose calculeuse, les symptômes lithiasiques s'effacent : c'est la forme que l'on rencontre surtout chez le vieillard.

Lorsqu'elle survient à la suite d'une colique hépatique, voici quelle est la marche ordinaire de l'affection : chez un malade qui a le plus souvent un passé lithiasique, survient un accès douloureux caractérisé par les symptômes suivants : douleur vive dans la région du foie, irradiée à l'épigastre et à l'épaule droite, accompagnée de vomissements et suivie, quelquefois assez rapi-

dement, d'un ictère plus ou moins foncé avec urines acajou et selles décolorées.

Cet accès de colique hépatique est rapidement suivi de troubles cardio-pulmonaires : ce sont d'abord quelques palpitations, ensuite survient un peu d'angoisse, de la gêne respiratoire qui peut aller jusqu'à la dyspnée.

A ce moment l'examen du malade donne le tableau suivant : la teinte subictérique ou franchement ictérique attire la première l'attention, il existe en outre un peu de cyanose des extrémités. La région hépatique est très sensible au toucher qui permet de constater une augmentation de volume du foie dont le bord dépasse les fausses côtes.

Cette augmentation de volume au cours de la colique hépatique, même en l'absence de cirrhose calculeuse, a été niée par quelques auteurs et affirmée par Beau et Naumyn, et par Wolf; elle semble exister réellement, apparaître avec la colique et disparaître peu de temps après elle. Elle se produit même en l'absence de troubles cardiaques qui pourraient faire croire à une stase sanguine dans le foie à la suite de dilatation du cœur droit. Elle s'explique par l'accumulation de la bile en amont du calcul enclavé, et lorsque celui-ci est mis en liberté, la bile reprend son cours et le foie revient à ses dimensions normales. Le bord de la glande hépatique est lisse, dur. Quelquefois on arrive à palper la vésicule biliaire qui, remplie de calculs, donne la sensation d'un sac de noisettes. Mais ce symptôme que J.-L. Petit signala le premier est très rare.

L'inspection du cœur montre la pointe abaissée, dé-

viée, battant en dehors de la ligne mamelonnaire, ce qui indique déjà une dilatation du cœur droit.

La palpation de la pointe fait sentir dans certains cas (1) une légère ondulation. Elle fait aussi constater soit un affaiblissement, soit une augmentation de l'impulsion cardiaque. La diminution de l'impulsion résulte de la dilatation du cœur ; mais lorsque celui-ci, à la suite d'assauts répétés, s'est hypertrophié, il se produit une exagération de la force impulsive du muscle cardiaque.

La percussion traduit ce que la vue et la palpation ont fait constater. Pratiquée suivant la méthode de Potain, elle montre la matité cardiaque augmentée et dépassant plus ou moins le bord droit du sternum.

L'auscultation fait constater de l'arythmie, des intermittences, des faux pas. Le deuxième bruit est accentué, claquant, au niveau du deuxième espace intercostal gauche. Cette accentuation du bruit pulmonaire traduisant l'hypertension sanguine de la petite circulation, se retrouve dans presque toutes les observations. Moins constamment, existe un bruit de galop droit avec maximum à l'épigastre, à la partie inférieure du sternum.

Barié a noté l'existence de souffles extra-cardiaques, de siège variable, médio-systoliques, ne s'entendant pas au niveau de la matité cardiaque absolue et s'expliquant par l'interposition, due à l'augmentation de volume du cœur, de languettes pulmonaires entre cet organe et la paroi thoracique.

Enfin, lorsque ces accidents prennent une gravité ex-

1. BARIÉ, *loc. cit.*

trême, aboutissant à l'asystolie, il se produit une insuffisance tricuspидienne caractérisée par son souffle en général doux, systolique, siégeant au niveau de l'appendice xyphoïde et se propageant le long du bord du sternum. On observe en même temps l'existence du pouls veineux des jugulaires, synchrone à la systole cardiaque. Le pouls hépatique étudié par Friedreich puis par Mahot (1) ne pourra se produire lorsqu'on aura affaire à un malade porteur d'une cirrhose calculeuse, le tissu scléreux s'opposant à l'expansion du tissu hépatique sous la poussée sanguine.

Le pouls traduit l'arythmie cardiaque. Il est de plus petit, mou, dépressible.

L'examen du poumon ne donne pas comme symptômes ce qu'on pourrait attendre, étant donné que le réflexe parti de la muqueuse biliaire est venu y provoquer une vaso-constriction des capillaires, cause de l'asystolie. Le plus souvent, il n'existe que quelques râles sous-crépitaux aux deux bases ou simplement à la base droite comme chez notre premier malade.

L'état gastrique est mauvais, il existe une inappétence très marquée, un état nauséux et des vomissements au début de l'accès.

Il existe parfois, quand l'état asystolique se prolonge un peu, un léger œdème malléolaire, de la cyanose des extrémités qui sont froides.

Comme nous le verrons dans les observations I, II et III, ces phénomènes durent en général peu de temps et

1. MAHOT. *Thèse de Paris*, 1869.

le malade guérit sans garder de traces de ces accidents.

Lorsque les troubles cardio-pulmonaires se présentent sous cette forme, il est facile d'en faire le diagnostic étiologique. Les premiers symptômes, nettement dus au passage d'un calcul dans les voies biliaires, marquent le point de départ de l'affection, et les accidents cardiaques qui suivent les troubles hépatiques ne peuvent qu'en être la conséquence.

Nous rapportons ici l'observation que nous avons prise d'un malade, dans le service du D^r Lécuyer, pour essayer d'en tirer quelques conclusions. Nous empruntons deux autres observations : l'une à la thèse du D^r Mahot, l'autre au mémoire de Barié. Ces trois histoires de malades montreront la marche des accidents cardio-pulmonaires survenant au cours d'une colique hépatique. Elles sont presque identiques dans leurs symptômes et identiques par la facilité du diagnostic.

Observation I (Personnelle).

Accidents cardio-pulmonaires au cours de la colique hépatique.

B... Pierre, 50 ans, jardinier. Salle C. Lit 33.

Ce malade entre à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier 1908 pour une douleur vive dans l'hypocondre droit, accompagnée de subictère et d'essoufflement.

Le 14 au matin, deux heures après son petit déjeuner, il a été pris de point de côté au niveau des fausses côtes droites, s'irradiant vers l'épigastre et vers la région dorsale. La douleur était supportable et le malade continue son travail. Il déjeune sans appétit avec un léger dégoût des aliments et reprend ses occu-

pations quand vers deux heures de l'après-midi survient une douleur très violente qui force le malade à s'arrêter. Il rentre chez lui où il est pris de vomissements alimentaires. Au bout de deux heures la douleur s'atténue sans disparaître. Le lendemain matin après une nuit sans sommeil, le malade trouve qu'il est un peu jaune. Averti par des crises antérieures, il se décide à rentrer à l'hôpital. Il s'inquiète surtout d'une certaine gêne respiratoire comme s'il ne pouvait, dit-il, « attraper son air ».

Interrogé sur ses antécédents, il ne donne aucun renseignement sur sa famille. Quant à lui, il n'a jamais été malade sauf en décembre 1906 et en avril 1907, où il a nettement eu des accès de coliques hépatiques qui ont duré: le premier trois heures, le deuxième une demi-journée, et ont été accompagnés de vomissements et d'un peu d'ictère en avril 1907. Pas de troubles, semble-t-il, du côté du cœur. Le malade a dû à ces deux reprises, éliminer de petits calculs biliaires.

A l'examen, il présente un léger subictère, surtout au niveau des conjonctives.

La palpation de la région hépatique est douloureuse, il existe une hyperesthésie superficielle mais surtout une douleur profonde. Malgré la défense musculaire, on arrive à sentir le bord du foie, dur, lisse, tranchant. La percussion traduit le gonflement de cet organe qui mesure 12 centimètres sur la ligne mamelonnaire, et déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

L'auscultation du poumon donne peu de renseignements et n'explique pas la légère dyspnée à laquelle est en proie le malade (trente respirations à la minute).

Il existe un peu d'emphysème généralisé. A la base droite sur quatre à cinq centimètres de hauteur, on entend des râles sous-crépitaux.

Le cœur est arythmique, plutôt lent. Le premier bruit est prolongé mais l'oreille n'arrive à saisir ni souffle, ni bruit de galop. Le deuxième bruit est éclatant au foyer pulmonaire. Ce qui domine dans l'examen du cœur, c'est l'arythmie et la dilatation du cœur droit : en effet la pointe bat au niveau du sixième espace intercostal, à trois centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire gauche. La matité cardiaque difficile à délimiter, probablement à cause de l'emphysème pulmonaire, semble augmentée.

Il existe un très léger œdème au niveau des malléoles : la pression du doigt laisse une légère empreinte sur la région pré-tibiale inférieure.

Les urines, un peu diminuées, dit le malade, sont un peu rouges et présentent la réaction de Gmelin.

Les symptômes généraux sont peu intenses, la douleur a été remplacée par une pesanteur dans le côté droit.

Il existe toujours une gêne respiratoire. L'inappétence est complète, quelques nausées sans vomissement, la langue est sale.

Devant cet ensemble de symptômes, le diagnostic de colique hépatique avec retentissement du côté du cœur est de suite porté. Comme la douleur a presque disparu et que le calcul semblable, soit expulsé, soit retombé dans le vésicule, on institue non le traitement de la colique hépatique mais le traitement général de la lithiase biliaire (Régime, alcalins, paquets de benzoate et de salicylate de soude). Contre les accidents cardiaques, le malade prend dix gouttes de la solution de digitaline au millième par jour.

Le 16 au matin, le malade est repris de douleurs violentes avec irradiations vers l'épaule droite, et de vomissements. Nous le voyons trois heures après le début de la crise : la gêne res-

piratoire est très marquée; nous comptons quarante mouvements respiratoires à la minute. L'arythmie est très prononcée; la pointe du cœur est plus abaissée que la veille et surtout plus déviée vers la gauche, elle bat à cinq centimètres de la ligne mamelonnaire. Malgré ces troubles du côté du cœur, le malade reçoit un demi-centigramme de morphine en injection sous-cutanée et prend par la voie digestive deux cents grammes d'huile d'olive. Soulagé au bout d'une heure, il éprouve encore deux ou trois paroxysmes douloureux et vers cinq heures du soir tombe dans le sommeil. Le lendemain matin il va à la selle, les matières tamisées, contiennent un calcul de la grosseur d'un petit pois.

Dans les jours qui suivirent, les symptômes généraux disparurent peu à peu. Quinze jours après cet accès, le cœur est régulier, la pointe bat sous la sixième côte au-dessous du mamelon, ce qui prouve que nous avons bien affaire à une dilatation du cœur; l'œdème des jambes a complètement disparu. Le foie diminué, déborde à peine les fausses côtes, la percussion donne douze centimètres de matité verticale. Il existe encore une très légère teinte des conjonctives. C'est dans cet état que le malade sort de l'hôpital. Depuis, nous n'avons pas eu l'occasion de le revoir.

De l'histoire de ce malade nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Il existe nettement des complications cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire.

Dans certains cas, ces complications se produisent au cours de la colique hépatique et, ce qui est en faveur de l'origine réflexe de ces troubles, c'est qu'ils

semblent étroitement liés à la migration du calcul, survenant en même temps qu'elle et disparaissant rapidement après l'expulsion du calcul. Les faits que rapporte Barié (1) viennent confirmer cette idée : « Pendant
« tout le temps, écrit-il, que le calcul progresse dans
« les voies biliaires, j'ai vu se produire et persister la
« dyspnée puis la dilatation du cœur doit aller jusqu'à
« provoquer l'insuffisance tricuspidiennne, et le tout
« cesser avec une rapidité extrême dès que l'enclavement avait disparu, chez une malade de la ville.
« M. Potain put voir dans moins d'un an tous ces accidents survenir à trois reprises différentes à la suite
« d'accès de colique hépatique. Chez une autre malade
« âgée de 74 ans, atteinte de la même affection, notre
« maître assista pour ainsi dire aux progrès sans cesse
« croissants d'une dilatation cardiaque droite à la suite
« d'enclavement persistant de calculs, dans le canal
« cholédoque. Ce qui au début n'était qu'un simple
« trouble fonctionnel, devint une véritable maladie du
« cœur, et peu à peu se déclarèrent tous les accidents
« habituels de l'insuffisance tricuspidiennne avec asystolie finale et mort. »

Enfin nous pouvons conclure que, dans ces cas, le diagnostic, facile, se fait grâce à la netteté des symptômes de la colique hépatique : douleur avec ses caractères spéciaux, troubles gastriques, vomissements et quelquefois ictère.

Mais la physionomie des accidents cardio-pulmonaires est tout autre lorsque ceux-ci surviennent au cours

1. BARIÉ. *Loc. cit.*

d'une cirrhose calculeuse chez le vieillard. Le mécanisme par réflexe doit d'ailleurs être le même qu'au cours de la colique hépatique et se produire par suite de l'irritation de la muqueuse biliaire soit par un calcul enclavé, cause de la cirrhose calculeuse, soit par des calculs intra-hépatiques.

Le diagnostic devient alors très difficile, parfois impossible et avant de donner les raisons de cette difficulté, voici l'observation d'un malade que nous avons vu avec notre maître le Dr A. Monnier, à l'infirmerie de l'hospice des vieillards de Saint-Jacques. Cette observation que notre maître a publiée dans la *Gazette médicale de Nantes* (1), va nous montrer de quelle façon et sous quelle forme se pose le problème.

Observation II (Dr A. MONNIER).

Accidents cardio-pulmonaires au cours de la cirrhose calculeuse.

L'observation de ce malade remonte au mois de mars 1905. Hospitalisé à l'hospice Saint-Jacques, il est entré à plusieurs reprises à l'infirmerie et son histoire est ainsi assez complète.

Agé de 71 ans, c'est au mois de mars 1905 que notre maître, le Dr Monnier, eut la première fois l'occasion de le voir et voici l'observation telle qu'il l'a publiée: Muet sur ses antécédents héréditaires et personnels, le malade dit avoir fait en juin 1903 un séjour à l'Hôtel-Dieu où il était entré pour des troubles occasionnés par une hernie inguinale gauche. Entre temps, il aurait eu des poussées irrégulières de fièvre, et son foie aurait été

1. A. MONNIER. *Gazette médicale de Nantes*, 15 mai 1909.

reconnu gros et douloureux. Je n'ai pu avoir sur ces deux derniers points des renseignements plus précis.

En mars 1905, atteint d'érysipèle de la face, il est dirigé sur les pavillons d'isolement des maladies infectieuses.

Je le revois le 12 septembre 1905. Il entre pour de l'essoufflement, des battements de cœur et aussi parce que la région de l'hypocondre droit est douloureuse et comme pesante. Ces phénomènes existent depuis trois ans environ et vont en s'accroissant. Le matin même il a été pris de souffrances plus vives que de coutume et il a vomi (personne n'a vu les matières rendues, il ne peut lui-même en déterminer la nature). La physionomie est quelque peu altérée. Le teint est plutôt pâle, sans ictère et sans subictère. Les urines ont d'ailleurs une coloration normale; elles ne contiennent ni pigments, ni albumine; la densité est légèrement diminuée et le chiffre de quantité est de 1.250 grammes pour les vingt-quatre heures.

Langue sale. Il n'y a pas eu de selles depuis quatre jours. Fièvre peu élevée : température prise dans l'aisselle : 38°4. Par contre le pouls bat à 120 pulsations à la minute; il est irrégulier et intermittent. Le ventre est assez souple, mais il est douloureux à la pression dans un point, vers la région hépatique. Cette douleur, sans être très vive, est continue et plus accusée dans les fortes inspirations et à l'occasion des mouvements. Le foie d'ailleurs est augmenté de volume (23 centimètres sur la ligne mamelonnaire), fort sensible, débordant les fausses côtes de quatre travers de doigt; sa forme est normale; son bord, tranchant, assez net; sa surface sans bosselures mais rude au toucher, rugueuse, non lisse. La vésicule biliaire n'est pas perceptible. Le cœur est lui-même assez volumineux. La pointe bat en dehors de son siège habituel. A droite, la matité déborde le bord du sternum. Cœur

hypertrophié et dilaté, plus dilaté qu'hypertrophié. Pas de souffle perceptible à l'oreille, mais une arythmie des plus prononcées. L'examen du poumon ne révèle que des signes d'emphysème avec une respiration rude vers les sommets, notamment en arrière. Quelques râles sibilants. Aux bases, des râles sous-crépitaux.

Dans les jours qui suivent, la température tombe à la normale. Le 14 septembre, le rythme du cœur tend vers la régularité. Les deux bruits deviennent distincts. La matité semble moins étendue transversalement. La douleur persiste dans la région épigastrique, douleur fine, sourde, ne procédant que par accès. L'oppression est moindre.

Les urines, traitées par l'acide acétique et la chaleur, donnent un léger nuage d'albumine. Après quelques semaines tout rentre à peu près dans l'ordre. Le foie moins sensible, semble avoir diminué quelque peu. Et quand le malade demande à sortir, le pouls devenu régulier, assez tendu, bat à 60 ou 70 pulsations. L'état général et local est tel que non seulement la vie commune est reprise, mais aussi les occupations journalières.

Deux ans plus tard, en janvier 1908, toux, oppression. Palpitations insupportables. Irrégularités du cœur et du pouls. Insomnie. Troubles digestifs. Hépatomégalie toujours notable. Même sensibilité locale, sans crises douloureuses. Dimensions de la rate inappréciables. Râles de congestion hypostatique aux deux bases pulmonaires. Tableau de l'asystolie, sans œdème des membres inférieurs. Densité des urines faible. Quantité fixée à 1.800 grammes par vingt-quatre heures. Coloration foncée, non bilieuse.

18 janvier. — Les symptômes s'amendent. Se sentant amélioré, le malade quitte l'infirmierie malgré nos conseils.

Il revient huit mois environ après, avec des jambes œdéma-

tiées, une oppression extrême, un cœur affolé, des pulsations petites, inégales, intermittentes. Le visage est jaune pâle, sans asphyxie apparente. Le traitement habituel apporte quelque soulagement. Cependant l'essoufflement persiste, les urines diminuent. Une teinte jaune des téguments apparaît pour la première fois. L'appétit, jusqu'ici à peu près conservé, a disparu presque entièrement. Le malade se cachectise. A aucun moment la fièvre n'est apparue.

Enfin le 11 octobre, un mois et six jours après la dernière rentrée, notre malade mourait brusquement, en cardiaque.

Nous trouvâmes à l'autopsie :

Des poumons congestionnés surtout aux bases, emphysémateux sur les bords, très œdématiés ; à la base droite, quelques tubercules crétacés sous-pleuraux ;

Un cœur volumineux, pesant 480 grammes. Cœur droit dilaté, graisseux. Cœur gauche dilaté et hypertrophié. Valvule mitrale scléreuse, épaissie. Aorte également dilatée, ayant de nombreuses plaques d'athérome ;

Un foie, criard sous le couteau, avec des canaux distendus contenant du sable et de la poussière biliaire jusque dans les plus fines ramifications ; des calculs de volume moyen remplissant la vésicule non distendue, mais à parois plutôt épaissies ;

Des reins légèrement congestionnés. Rein droit 185 grammes, rein gauche 175 grammes ;

Une rate, également congestionnée, du poids de 175 grammes, munie d'une enveloppe à consistance cartilagineuse.

Somme toute, par l'autopsie et par l'étude anatomopathologique je me suis rendu compte, dit notre maître, que ce vieillard était atteint de lithiase biliaire, ayant

engendré consécutivement une cirrhose généralisée. Il y avait en même temps des lésions cardiaques manifestes, d'origine scléreuse. Le muscle était non seulement hypertrophié mais dilaté, et dilatation notamment plus accentuée du côté droit que du côté gauche. Sur la table d'autopsie la filière des phénomènes morbides était facile à établir; une cirrhose calculeuse avait évolué silencieusement depuis un certain nombre d'années déjà, avec retentissement sur un cœur scléreux.

Avant l'autopsie, quel diagnostic pouvait-on porter en présence de ce malade qui à trois reprises différentes présenta à peu près les mêmes phénomènes : douleur du côté du foie avec hépatomégalie sans splénomégalie, des palpitations, de l'arythmie, de la dilatation du cœur droit et dominant la scène les signes généraux suivants : troubles digestifs marqués, essoufflement, œdème des jambes, urines plutôt diminuées, sans albumine, un peu d'ictère vers la fin.

Était-on en présence d'une crise d'asystolie consécutive à la lithiasie biliaire ou en présence d'un foie atteint de cirrhose cardiaque à la suite de crises répétées d'asystolie ? C'est vers cette dernière hypothèse que pencha le diagnostic en raison du caractère des douleurs ressenties dans la région hépatique, ces douleurs étant fixes, sourdes, continues comme chaque fois qu'il y a congestion de la glande hépatique, et n'ayant pas la soudaineté, l'acuité, les irradiations de la colique hépatique. D'autre part, pas d'ictère, pas d'antécédents lithiasiques. Tous ces symptômes firent penser à une cirrhose d'origine cardiaque : l'autopsie devait venir détruire cette opinion.

La difficulté du diagnostic résulta du manque de symptômes lithiasiques, ce qui se produit très fréquemment. En effet, malgré l'ancienneté de la découverte des calculs biliaires qui remonte, d'après Muleur (1), à Gentilis dit Foligno en 1348, malgré leur grande fréquence qui faisait dire à Cruveilhier que « c'est une des lésions les plus communes de l'espèce humaine » malgré les études nombreuses qui en ont été faites, la lithiasie biliaire évolue très souvent sans donner l'éveil, surtout chez le vieillard. Les cas en sont nombreux, vulgaires et le nombre de vésicules que l'on découvre calculeuses sur la table d'autopsie dépasse de beaucoup le nombre de calculeux vus dans les salles d'hôpitaux.

L'ignorance qu'a le médecin de cette affection tient le plus souvent à ce que le signe principal de la lithiasie biliaire : la douleur sous forme de colique hépatique avec sa brusquerie, son siège localisé à la région du foie et surtout au niveau de la vésicule, avec son irradiation vers l'épaule droite, avec les vomissements qui l'accompagnent et l'ictère qui en général la suit, cette douleur peut avoir un siège inaccoutumé, peut être atténuée ou même absente et l'ictère peut ne pas exister.

Elle peut prendre l'allure d'une gastralgie et même faire penser à un ulcère ou à un cancer d'estomac. Elle peut se localiser à la région lombaire, à l'épaule gauche à la région mammaire : Cyr, dans les *Archives générales*

1. MULEUR. Essai historique sur l'affection calculeuse du foie depuis Hippocrate jusqu'à Fournet et Pajol. *Thèse de Paris*, 1884.

de médecine, en rapporte un cas chez une malade se croyant atteinte de cancer et où ce diagnostic fut porté. Elle peut prendre l'allure d'une entéralgie et Potain rapporte le cas d'un malade opéré pour appendicite qui possédait un appendice sain mais des calculs dans sa vésicule (1).

Dans ces différents cas, la douleur n'a pas sa localisation habituelle mais elle existe et la connaissance de ses irrégularités peut mettre sur la voie du diagnostic. Dans d'autres cas elle n'existe pas ou bien est très atténuée et cela surtout chez le vieillard : l'expulsion d'un calcul et même d'un gros calcul peut ne provoquer aucun phénomène douloureux, comme le prouve l'observation que nous trouvons dans la thèse de Garin (2) (obs. VI).

A côté de la douleur, l'ictère qui suit la colique hépatique est un des signes les plus constants de la lithiase biliaire. Cet ictère pourra tout aussi bien que la douleur être absent et cela chez le vieillard en particulier, chez qui la vitalité est ralentie, la sensibilité diminuée, émoussée; si bien qu'un calcul passera dans les voies biliaires sans en provoquer le spasme, cause de la douleur et de l'ictère. Il peut manquer même dans des cas où l'obstruction des canaux biliaires semble complète comme dans le cas rapporté par Cruveilhier, où l'ictère faisait

1. VERGRIETTE. Sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la lithiase biliaire. *Th. Paris*, 1899.

2. GARIN. Contribution à l'étude des complications de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1897.

défaut alors que le cholédoque, la vésicule et le canal hépatique étaient gorgés de calculs (1).

Quant à la cirrhose calculeuse qui se diagnostique cliniquement grâce à la connaissance de coliques hépatiques antérieures, elle restera le plus souvent méconnue lorsque la lithiase biliaire ne se sera manifestée que par un des accès frustes de coliques hépatiques que nous avons signalés. Les signes cliniques de cette cirrhose sont en effet, comme nous le verrons, très peu nombreux, la symptomatologie en est presque nulle, et elle se trouve être le plus souvent une trouvaille d'autopsie ; ce qui eut lieu chez notre deuxième malade et chez une malade de Brissaud et de Sabourin (2).

Lorsque la colique hépatique est fruste, ce ne sont pas les troubles gastriques et le subictère, chronique quand il y a cirrhose calculeuse, qui mettront le clinicien sur la voie. Au lieu de l'éclairer ils pourront le faire s'enfoncer davantage dans l'erreur, s'il pense à certaines manifestations quelquefois très accusées du foie cardiaque, manifestations en face desquelles il peut croire se trouver : nous voulons parler des troubles gastriques et de l'ictère qui surviennent au cours de l'évo-

1. A. GILBERT ET FOURNIER. Article « Lithiase biliaire » du Traité de Médecine et de Thérapeutique de Brouardel et Gilbert.

2. E. BRISSAUD ET CH. SABOURIN. « Vieille femme morte de fracture de jambe. Autopsie fait découvrir l'obstruction complète de la branche gauche du canal hépatique par un calcul biliaire enclavé. L'examen histologique montre l'existence d'une cirrhose portobiliaire, calculeuse. » *Archives de Physiologie*, 1884, tome I, page 345.

lution de la cirrhose cardiaque, surtout au moment des crises asystoliques.

Mercier (1) dans sa thèse a signalé ces troubles gastriques, souvent très intenses : inappétence, appétit pervers, digestions lentes, nausées, vomissements même ; symptômes accompagnés de gêne, de pesanteur, quelquefois de douleur véritable à l'épigastre et dans l'hypocondre droit. Ces troubles précèdent l'asystolie et l'accompagnent jusqu'à sa disparition. L'examen du foie le montre douloureux et gonflé. Joignons à ces symptômes ceux qui se passent du côté du cœur et nous aurons un tableau qui ressemble fort à celui d'un accès de coliques hépatiques frustes, s'accompagnant de troubles cardiaques et il est très plausible de confondre les deux affections. La confusion pourra persister même s'il survient du subictère ou même de l'ictère vrai, cette manifestation pouvant se produire au cours de la cirrhose cardiaque aussi bien qu'au cours de la lithiasé biliaire. Parmentier (2) dans sa thèse, rapporte des cas de subictère et d'ictère vrai au cours de l'asystolie. Ictère avec décoloration des selles, coloration jaune des téguments, réaction de Gmelin dans les urines et le sérum sanguin. Louis Durand (3) en signale un cas très net chez une femme de 32 ans qui en état d'hypoasystolie depuis

1. MERCIER. Des troubles hépatiques dans les affections cardiaques. Paris, 1881.

2. PARMENTIER. Étude clinique et anatomo-pathologique sur le foie cardiaque. *Thèse, Paris*, 1890.

3. LOUIS DURAND. De la valeur pronostique du gros foie cardiaque. *Thèse, Paris*, 1904.

deux ans, à la suite de rhumatisme, présenta au cours d'une poussée d'asystolie, un ictère vrai avec réaction de Gmelin dans les urines. Il nous a été donné d'observer à la salle 18, lit 3, avec le D^r Lequyer, une jeune fille âgée de 23 ans qui, atteinte de myocardite chronique avec crises fréquentes d'asystolie, avait un foie gros, 15 centimètres, très douloureux, et qui présentait un subictère très prononcé, généralisé, avec pigments biliaires dans les urines présentant la réaction de Gmelin.

Parmentier explique cet ictère, soit par un épaississement de la bile, soit par un catarrhe des voies biliaires, soit par une action toute mécanique, le sang venant au moment de l'asystolie, gorger les vaisseaux hépatiques et comprimer les canaux biliaires. Hypothèse rendue vraisemblable par l'expérience de Lépine de Lyon qui, chez un chien, faisait entrer par la jugulaire une sonde-ampoule qu'il poussait dans la veine-cave inférieure et provoquait ainsi une stase sanguine dans le foie, stase suivie très rapidement, un quart d'heure dans certains cas, d'ictère très marqué.

Le diagnostic des accidents cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire est donc très différent suivant que ces accidents surviennent après une colique hépatique franche, chez l'adulte en général ou après une colique hépatique fruste au cours de la cirrhose calculeuse chez le vieillard.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des complications qui surviennent chez l'adulte après une colique hépatique bien caractérisée, pour chercher à l'établir chez le vieillard. Après avoir rappelé en quelques mots

les symptômes en face desquels on se trouve, nous verrons à quelles affections on peut penser et nous verrons qu'en réalité il reste deux hypothèses en présence : celles qui ont été émises à propos du deuxième malade : cirrhose cardiaque d'une part et affection lithiasique avec cirrhose calculeuse se compliquant de troubles cardiaques, d'autre part. Enfin nous verrons quels sont les moyens dont dispose le clinicien pour poser le diagnostic.

DIAGNOSTIC

Un malade âgé, scléreux, présente de l'essoufflement avec un peu d'œdème des membres inférieurs, des râles de congestions aux bases pulmonaires, sans fièvre, une teinte subictérique. L'examen décèle un foie gros et douloureux, dur, lisse, un cœur droit dilaté, arythmique avec ou sans signes stéthoscopiques surajoutés : galop droit, souffle tricuspide. En présence de ces symptômes il faut penser soit à une cardiopathie entraînant des troubles hépatiques, soit à une affection hépatique ayant un retentissement sur le cœur.

Parmi les affections qui peuvent se manifester par de tels symptômes, il en est trois qu'il faut retenir : ce sont la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot, la cirrhose calculeuse au début, avec complications cardiaques, enfin le foie cardiaque. Il existe bien d'autres affections au cours desquelles on peut observer de l'hypertrophie hépatique avec de l'ictère, et qui peuvent coexister avec des troubles cardiaques, sans que d'ail-

leurs la relation de cause à effet soit nécessaire entre ces troubles et l'affection hépatique.

L'idée du cancer primitif massif du foie décrit par le professeur Gilbert peut être mise en cause en raison de la décoloration des matières ; mais cette décoloration par achlolie, survenant sans ictère, sans pigments biliaires dans les urines et le sérum sanguin, devra l'écarte-
ter de l'esprit. D'autre part, la marche très rapide de l'affection, l'état cachectique du malade viendront éclairer le clinicien.

Le cancer nodulaire du foie sera éliminé en raison de l'absence d'ictère (dans un tiers des cas suivant Hanot et Meunier), en raison de l'ascite fréquente et de l'aspect marronné du foie.

La cirrhose paludéenne s'accompagnant d'ascite et de spléno-mégalie prêterait peu à confusion.

Quant à la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot, elle doit être mise en première place pour le diagnostic différentiel, en raison de l'hépatomégalie avec ictère chronique, de l'absence d'ascite et de développement des veines sous-cutanées abdominales qui la caractérisent et en raison de la forme micro-splénique possible, décrite dans la thèse de Lereboullet (1). La confusion sera d'autant plus possible que, comme l'écrit le Professeur Chauffard (2), « les phénomènes d'asthénie myocardique ne
« sont pas rares au cours de cette affection. Le pouls est
« alors faible, mou, variable parfois, un peu irrégulier,

1. LÈREBOULLET. *Thèse de Paris*, 1902.

2. CHAUFFARD. Art. « Maladies du foie et des voies biliaires. », *Traité de médecine Bouchard et Brissaud*, 2^e édition.

« le second ton pulmonaire claque plus fortement que
« le second ton aortique. Les cavités droites peuvent
« même se laisser forcer et j'ai constaté, une fois, une
« insuffisance tricuspидienne des plus nettes, avec vrai
« pouls veineux des jugulaires. »

Cette affection sera éliminée grâce aux caractères de l'ictère qui est un ictère chronique par polycholie, sans décoloration des matières : « phénomène étrange, dit Hanot, tellement insolite dans une jaunisse si persistante et parfois si intense, qu'il acquiert immédiatement la plus haute importance au point de vue du diagnostic et de la pathogénie. »

A côté de ce symptôme caractéristique, la splénomégalie, beaucoup plus fréquente que la microsplénie, la diminution des hématies probablement due à leur destruction exagérée dans le foie, enfin la leucocytose fréquente, signalée par Hanot et Meunier, viendront par leur absence chasser l'hypothèse de la cirrhose de Hanot.

Ces diverses affections éliminées, il ne restera plus que l'hypothèse d'une cirrhose calculeuse avec complication cardiaque et celle d'une cirrhose cardiaque.

Les signes cliniques de la cirrhose calculeuse n'ont rien de caractéristique indépendamment de la colique hépatique qui marque l'enclavement du calcul cause de la cirrhose. Mais lorsque cet accès de colique est fruste ou que la cirrhose survient à la suite de calculs intrahépatiques, les symptômes sont alors minimes : de l'ictère chronique quelquefois très atténué, quelquefois absent comme dans le cas que nous rapportons ou ne

survenant qu'aux derniers moments ; une augmentation de volume du foie qui est lisse, dur, sensible au toucher ; cette hypertrophie est remplacée insensiblement par de l'atrophie du foie, les lésions histologiques de la cirrhose calculeuse aboutissant à l'atrophie de l'organe. Avec ces deux symptômes des signes négatifs : absence de douleur vive en dehors d'accès de colique possible, il n'existe qu'une pesanteur dans l'hypocondre droit ; pas de splénomégalie, pas d'ascite, grâce, expliquent Brissaud et Sabourin, à la dérivation qui se fait par les veines sus-hépatoglissonniennes.

Le foie cardiaque présente des symptômes presque identiques : foie gros et douloureux au toucher, les téguments ont une teinte terreuse ou subictérique, quelquefois ictérique ; il n'existe pas de splénomégalie : les poumons présentent quelques râles de congestion aux bases.

Joignons à ces diverses manifestations les troubles cardiaques : arythmie, essoufflement, œdème des jambes, et nous aurons le tableau que peuvent présenter chez le vieillard les cirrhoses cardiaque et calculeuse.

Le diagnostic différentiel de ces deux affections sera toujours difficile à établir et le clinicien n'aura guère comme ressources que celles fournies par l'interrogatoire et par l'examen du malade. Les renseignements que peut lui donner le laboratoire sont en effet peu démonstratifs. L'examen des urines et la recherche de la suffisance hépatique qui pourront faire découvrir un peu d'albumine, de l'urobiline, de l'hypoazoturie, de l'élimination intermittente du bleu de méthylène, de

la glycosurie alimentaire, ne renseigneront pas sur le genre de l'affection car ces symptômes ne seront pas caractéristiques étant donné que l'on a affaire à un malade vieux, scléreux et par conséquent dont les organes ont un fonctionnement sinon mauvais, du moins un peu insuffisant, indépendamment de toute affection caractérisée. L'examen du sang ne fera pas plus la lumière, ce liquide n'étant modifié ni dans la cirrhose calculeuse, ni dans la cirrhose cardiaque.

Les renseignements fournis par le malade seront de deux sortes : les uns fournis par l'étude des antécédents, les autres par l'examen du malade lui-même. Les antécédents devront être scrutés avec le plus grand soin pour y dépister soit les signes de lithiase biliaire, soit des signes de cardiopathie.

Il faudra tout d'abord rechercher l'existence possible de coliques hépatiques antérieures, qu'elles soient lointaines ou récentes, marquant le début de l'affection dont souffre le malade. C'est ainsi que Rendu put, chez un malade présentant une hépatomégalie avec troubles cardiaques, penser qu'il s'agissait de lithiase biliaire, grâce surtout à un accès de colique hépatique survenu l'année précédente (1). S'il n'existe pas de colique hépatique franche, il faut la rechercher dans ses formes frustes. Sous la forme gastralgique, elle survient en général plusieurs heures après les repas, rarement à jeun, rarement sitôt les repas ; n'est modifiée, soulagée ou aggravée ni par les vomissements, ni par l'ab-

1. LABADIE-LAGRAVE. Maladies du foie, 1832.

sorption de liquides ou d'aliments. Quand elle simule une névralgie intercostale, on ne peut retrouver nettement les trois points douloureux de cette névralgie.

Chez la femme il faudra rechercher la façon dont se produisaient les règles. Souvent chez la femme la lithiase biliaire ne se manifeste qu'à l'époque des règles par des vomissements, des douleurs lombaires et dans l'hypocondre droit, symptômes qu'on met sur le compte du nervosisme ou qu'on attribue à une affection utérine ou annexielle sans songer ni au foie, ni aux voies biliaires (1).

Il sera quelquefois possible par l'interrogatoire, de reconnaître l'existence déjà ancienne de calculs intra-hépatiques, le malade éprouvant depuis longtemps des douleurs sourdes dans l'hypocondre droit, s'irradiant aux lombes, à l'épigastre, s'accompagnant de troubles digestifs et de légers accès fébriles.

Enfin chez le vieillard il faudra pouvoir reconnaître la lithiase biliaire dans sa forme fébrile, sous forme d'accès éloignés, sans affection urinaire, ou d'accès à forme intermittente. Ces accès surviennent surtout le soir ou la nuit chez des sujets n'ayant aucune raison d'être paludiques, chez lesquels on ne trouve pas de splénomégalie et que la quinine n'améliore pas, alors qu'au contraire le traitement de la lithiase les soulage.

Si l'on ne trouve aucun signe de lithiase dans les antécédents, il sera peut-être possible d'y relever des symptômes cardiaques, sous forme d'essoufflement, de

1. CORNILLON. *Progrès médical*, 24 avril 1897.

douleur précordiale, survenus au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ou d'une maladie infectieuse grave. De même on pourra penser à une affection cardiaque possible chez un malade qui depuis quelque temps est facilement essoufflé pendant son travail, qui se plaint de palpitations et d'œdème malléolaire le soir, ces petits signes pouvant traduire la faiblesse du myocarde.

L'examen du malade, sans fournir de signes pathognomoniques, pourra, avec la connaissance des antécédents, conduire au diagnostic. L'examen hépatique peut faire reconnaître l'existence d'un point cholécystique douloureux au toucher, plus douloureux que le reste du foie, et plus rarement l'existence d'une tumeur biliaire arrondie, régulière, élastique qui est la vésicule gorgée de bile, ou bien l'existence de calculs palpables dans la vésicule à travers la paroi abdominale.

Du côté du cœur, si on ne peut constater ni voussure précordiale, indice d'une cardiopathie ancienne, ni lésion mitrale, qui est la plus fréquente des causes du foie cardiaque, ni lésion aortique, s'il n'existe pas de galop gauche, si en un mot le cœur gauche est *cliniquement indemne* et qu'au contraire on puisse constater une accentuation du second ton pulmonaire traduisant l'hypertension sanguine du poumon, si même cette hypertension étant plus considérable, les valvules sigmoïdes pulmonaires se ferment plus vite que les sigmoïdes aortiques provoquant ainsi un dédoublement du deuxième bruit, on sera déjà en droit de penser à des troubles cardiaques secondaires: l'accentuation du deuxième

bruit est en effet un des premiers signes et un des signes les plus constants produit par la constriction réflexe des capillaires pulmonaires.

Lorsque les troubles cardiaques se manifestent pas de la dilatation du cœur droit avec bruit de galop droit, le doute peut être levé en faveur de la lithiasé biliaire ; bruit de galop qu'il faut bien différencier du galop gauche grâce à son maximum à l'épigastre, à l'extrémité inférieure du sternum, et grâce à sa coexistence avec un pouls radial faible, mou, dépressible, bien différent du pouls tendu, dur, de la néphrite interstitielle.

L'examen du poumon peut apporter une indication par l'existence de râles sous-crépitañts localisés à la base droite ; ce symptôme signalé par Guéneau de Mussý et Fabre de Marseille et que nous avons trouvé chez notre premier malade pouvant être l'indice d'une affection hépatique, quand on ne trouve chez le malade aucune maladie pulmonaire droite ayant pu laisser ce reliquat.

L'analyse qualitative des urines ne peut donner de renseignements bien sûrs, mais si dès le début de l'affection, les urines sont très diminuées et que cette diminution survient en même temps qu'un œdème prononcé des membres inférieurs et qu'un développement d'ascite, cet ensemble de signes sera l'indice d'une cardiopathie primitive, l'ascite étant exceptionnelle dans la cirrhose calculeuse.

La décoloration complète ou partielle des fèces sera la conséquence de la lithiasé biliaire.

Lorsque les symptômes que nous venons d'examiner sont absents et que le doute persiste, le sexe et le

tempérament du malade peuvent donner une indication, les troubles cardiaques réflexes se produisent surtout chez la femme (Barié en cite 28 cas chez la femme et 19 chez l'homme) chez les sujets névropathiques, et la lithiase biliaire étant particulièrement fréquente chez les individus à nutrition ralentie : les obèses, les goutteux, les rhumatisants.

Enfin, si au premier examen du malade le diagnostic n'a pu être posé, le traitement et l'évolution de la maladie pourront servir de pierre de touche. Si la médication cardiaque, asystolique : saignée, drastiques, digitale, amène une cédation rapide des symptômes : disparition de la dyspnée et de l'œdème, régularisation du cœur et surtout diminution de volume du foie ; si cet organe, pour se servir d'un mot imagé de Hanot, fait l'accordéon, on pourra penser à une congestion hépatique d'origine cardiaque. Ce dernier signe sera fatalement inconstant et ne pourra se produire si la cirrhose cardiaque est constituée.

En dernière ressource, l'évolution de la maladie, pour être d'un secours tardif, n'en fournira pas moins quelque indication par l'ascite et le développement d'un réseau veineux sous-cutané abdominal qui surviendront rapidement dans la cirrhose cardiaque, et par la marche plus rapide de la cirrhose calculeuse et la tendance qu'elle a à devenir atrophique d'hypertrophique qu'elle était au début.

Observation III

Tirée du mémoire de E. BARRÉ.

Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques. *Revue de Médecine*, février 1883.

Accidents cardio-pulmonaires au cours d'un accès de colique hépatique.

G... Anna, 37 ans, cuisinière, entre salle Sainte-Adélaïde, n° 9, le 3 juillet. Bonne santé antérieure; réglée à l'âge de 14 ans, elle a eu neuf grossesses. Pas de nervosisme. Il y a cinq jours, la malade, un peu souffrante depuis la veille, est prise, une demi-heure environ après son dîner, d'une douleur constrictive à la base de l'épigastre se prolongeant comme une demi-ceinture dans toute l'étendue de l'hypocondre droit et remontant dans l'épaule du même côté, avec irradiations jusque dans l'extrémité des doigts. La douleur est suivie de vomissements bilieux; le lendemain au matin, après une nuit assez agitée, la malade était ctérique.

État actuel. — Ictère foncé, urines brunes, biliphéiques; décoloration des matières; diagnostic: coliques hépatiques. Le traitement habituel est institué et l'état de la malade s'améliorait graduellement, lorsque le 13 juillet, sans cause apparente, la malade est prise d'un violent accès de coliques hépatiques, se présentant avec tous les signes classiques habituels. Pendant l'accès qui dura plus de trois quarts d'heure, la malade accusait une gêne extrême pour respirer, elle avait des éblouissements, des bouffées de chaleur lui montant à la face. Le pouls est plus

fréquent qu'on ne le trouve habituellement dans l'ictère : 84 ; il est mou, très dépressible ; le nombre des respirations est de 46 ; la malade ouvre largement la bouche comme pour aspirer l'air qui lui manque ; elle veut se lever et aller ouvrir la fenêtre placée près de son lit. L'examen du poumon ne dénote aucun phénomène anormal, peut-être cependant la sonorité est-elle légèrement tympanique, bien que la malade ne soit ni asthmatique, ni emphysémateuse. Le cœur est augmenté de volume, la pointe est portée dans le sixième espace intercostal et bat dans l'aisselle gauche à 8 centimètres en dehors du mamelon ; le bord droit du cœur donne une matité de 16 centimètres ; au niveau du bord gauche du sternum, on trouve une ligne verticale de projection de 13 centimètres. Il y a une dilatation considérable des cavités droites du cœur. Pas de bruit anormal ni de rythme de galop ; mais le bruit diastolique a pris une accentuation extrême au niveau du foyer des bruits de l'artère pulmonaire. On constate encore chez la malade un soulèvement des jugulaires ; plus marqué du côté droit que du côté gauche ; ce soulèvement est isochrone au pouls radial et persiste pendant toute la durée de la systole ventriculaire. C'est donc un vrai pouls veineux, symptomatique d'une insuffisance tricuspidiennne. Le foie est normal, pas de battements veineux hépatiques. La malade est soumise au régime lacté, après avoir pris un purgatif drastique.

Le 15 juillet. — La malade est beaucoup mieux ; l'ictère persiste néanmoins ; il ne reste plus de l'accès violent de dyspnée de l'avant-veille qu'un peu d'anhélation ; la dilatation cardiaque, quoique atténuée, persiste encore, ainsi que le démontre la mensuration suivante : bord droit du cœur 0 m. 145 ; bord gauche du sternum 12 centimètres ; la pointe est revenue sensiblement vers le mamelon, mais il est difficile de préciser exactement son

siège à cause de la faiblesse de son impulsion. Pendant les jours suivants, l'amélioration continue à se montrer; les signes d'insuffisance tricuspidiennne ont complètement disparu le 19 juillet. Dès le 26 juillet, l'ictère disparaissait presque entièrement, les selles reprenaient leur coloration normale et la malade se croyant définitivement guérie, quitte l'hôpital, malgré nos conseils. A sa sortie, le cœur avait diminué considérablement de volume, le bord droit n'accusait plus que 13 centimètres de matité.

Observation IV

(Thèse de MAHOT. Paris, 1869.)

Accidents cardio-pulmonaires au cours d'un accès de coliques hépatiques.

Il s'agit d'une malade déjà soignée à plusieurs reprises pour des coliques hépatiques. Elle fut prise un jour d'une violente colique avec ictère et s'accompagnant d'une oppression extrême et inaccoutumée. A l'auscultation on perçoit un souffle systolique intense à la pointe, avec maximum vers l'extrémité inférieure du sternum. La matité précordiale est agrandie, le foie tuméfié et animé de battements expansifs correspondant à la systole ventriculaire. Au bout de peu de jours, la colique cesse, l'ictère disparaît; en même temps, le cœur et le foie reprennent leur volume normal et le souffle n'existe plus.

Observation V

(Extrait de : La mort et la mort subite.)

P. BROUARDEL. Paris, 1895.

Mort subite au cours de la colique hépatique.

Femme de 25 à 30 ans, vigoureuse, qui au moment de partir en voyage absorbe un verre de sirop de groseille à l'eau de Seltz est prise en wagon de violentes coliques et se croit empoisonnée. A son arrivée à destination un médecin porte le diagnostic de colique hépatique et rassure la malade. Celle-ci meurt brusquement dans la nuit. L'autopsie médico-légale révèle la présence d'un calcul dans le canal cholédoque et de nombreux calculs dans la vésicule.

Observation VI

(SOTTERS, *France médicale*, 1896.)

Calcul ayant provoqué de l'occlusion intestinale et dont l'expulsion ne provoqua ni douleur, ni ictère.

M. X..., vieillard de 82 ans, ayant toujours eu une bonne santé, jamais de crises hépatiques ; quelques troubles dyspeptiques.

Fut pris subitement le 15 décembre de douleurs abdominales violentes avec vomissements et constipation opiniâtre sans fièvre ni ictère.

Cet état dure jusqu'au 19 décembre et les phénomènes d'occlusion intestinale se terminent par l'expulsion au milieu de selles muqueuses, fétides et sanguinolentes d'un calcul biliaire composé de cholestérine d'une dimension de 24 millimètres sur 22 et pesant 7 grammes à l'état sec.

CONCLUSIONS

1° Il existe des complications cardiaques et cardio-pulmonaires de la lithiase biliaire, qui sont des complications d'ordre réflexe.

2° Les complications essentiellement cardiaques : palpitations, syncope, mort subite, surviennent au moment d'un accès de coliques hépatiques.

3° Les complications cardio-pulmonaires, forme mixte, présentent une physionomie différente, suivant qu'elles surviennent chez l'adulte ou chez le vieillard, en particulier au cours de la cirrhose calculeuse.

4° La forme cardio-pulmonaire ne prête pas à confusion chez l'adulte en raison de la netteté des symptômes lithiasiques.

5° Chez le vieillard, le diagnostic en est difficile parce que chez lui la lithiase biliaire est souvent méconnue. Il est surtout difficile quand ces accidents compliquent une cirrhose calculeuse et quand se pose le problème suivant : a-t-on affaire à une affection lithiasique, à une cirrhose calculeuse se compliquant de troubles cardia-

ques réflexes, ou bien a-t-on affaire à une cirrhose cardiaque consécutive à une cardiopathie ?

6° Le diagnostic se posera, à la suite de l'étude minutieuse des antécédents, qui fera connaître l'existence antérieure, soit de manifestations cardiaques, soit de manifestations lithiasiques sous forme de coliques hépatiques frustes, et à la suite de l'examen du malade. Les signes qui devront faire penser à des troubles cardiaques secondaires, d'origine lithiasique, étant, alors que le cœur gauche est *cliniquement* sain, ce qui n'exclut pas une certaine sclérose cardiaque, l'accentuation du deuxième ton pulmonaire, le bruit de galop droit et les râles congestifs localisés à la base du poumon droit.

Enfin, si ces symptômes manquent, il sera possible de chercher des signes de probabilité dans le sexe, le tempérament du malade, les résultats de la médication et l'évolution de la maladie.

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de thèse
CHAUFFARD

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARIÉ. — Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques. *Revue de médecine*, février 1883.
- BRISSAUD ET SABOURIN. — *Archives de Physiologie*, 1884, tome I, page 345.
- BROUARDEL. — La mort et la mort subite. Paris, 1895.
- CHAUFFARD. — Article : *Maladies du foie et des voies biliaires*. Traité de médecine Bouchard et Brissaud, 2^e édition.
- CORNILLON. — *Progrès médical*, 24 avril 1897.
- CURRY. — Article : *Voies biliaires*. Bibliothèque britannique.
- DESTUREAUX. — De la dilatation du cœur droit d'origine gastrique. *Thèse de Paris*, 1879.
- DURAND-FARDEL. — Traité des maladies du vieillard. Paris, 1854.
- DURAND LOUIS. — De la valeur pronostique du gros foie cardiaque. *Thèse de Paris*, 1904.
- GARIN. — Contribution à l'étude des complications de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1897.
- GILBERT ET FOURNIER. — Article : *Lithiase biliaire*. Traité de médecine et de thérapeutique. Brouardel et Gilbert.
- LABADIE-LAGRAVE. — Maladies du foie, 1892.
- LEREBOULLET. — *Thèse de Paris*, 1902. Les cirrhoses biliaires.
- MAHOT. — *Thèse de Paris*, 1869.
- MERCIER. — Des troubles hépatiques dans les affections cardiaques. *Thèse de Paris*, 1881.

- MONNIER. — *Gazette médicale de Nantes*, 15 mai 1909.
- MOREL. — Recherches expérimentales sur les lésions du cœur droit consécutives à certaines maladies douloureuses de l'appareil hépatique et gastro-intestinal. Paris, 1880.
- MULEUR. — Essai historique sur l'affection calculeuse du foie depuis Hippocrate jusqu'à Fourcroy et Pujol (1801-1802). *Thèse de Paris*, 1884.
- MURCHISON. — Leçons cliniques sur les maladies du foie. Traduites par M. le Dr J. Cyr. Paris, 1878.
- PARMENTIER. — Étude clinique et anatomo-pathologique sur le foie cardiaque. *Thèse de Paris*, 1890.
- POTAIN. — Cliniques médicales de la Charité.
- RENDU. — Influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement. *Mémoire à l'Académie de médecine*, 1883.
- STOKES. — Maladies du cœur et de l'aorte, 1864, page 502.
- STERNE. — Contribution à l'étude de la lithiase biliaire chez le vieillard. *Thèse de Nancy*, 1896.
- VERGRIETTE. — Sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1899.

